

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

INFORMAÇÕES DO ALUNO E DA ESCOLA

Nãome: _____ Nãome do Meio: _____ SobreNãome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Graduação: _____

Número de Identificação de Estudante Único (Estado): _____

Número de Identificação de Estudante (local): _____

Data de Nascimento: • • (DD•MM•AAAA)

Idade: _____ Sexo: MASCULINO FEMININO

CÓDIGOS DE RAÇA

- Etnicidade: Hispânico ou Latino Sim Não
 Índio americano ou nativo do Alasca Havaiano nativo ou outro insulano do Pacífico
 Asiático Negro ou afro-americano
 Branco

Estudante identificado(a) como Principiante da Língua Inglesa: SIM NÃO

Idioma nativo do estudante: _____

Cidade de Residência: _____

Escola de Residência: _____

Cidade de Serviço: _____

Escola de Serviço: _____

O aluno precisa de acomodação(ões) específica(s) para uma evacuação de emergência? SIM NÃO

Em caso afirmativo, indicar a(s) acomodação(ões) de evacuação aqui: _____

Qual jurisdição é financeiramente responsável? _____

O estudante está atualmente sob o cuidado e custódia de uma agência estadual? SIM NÃO

Caso sim, Nome da agência estadual: _____

O aluno requer um substituto dos pais? SIM NÃO

Nome do Pai Substituto: _____ Telefone do Substituto: _____

PAI/GUARDIÃO 1

Nome: _____ INM: ____ Sobrenome: _____

Telefone Residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

E-mail: _____

Idioma nativo do pai, se não Inglês: _____

Intérprete necessário? SIM NÃO (____) _____ - _____

PAI/GUARDIÃO 2

Nome: _____ INM: ____ Sobrenome: _____

Telefone Residencial: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

E-mail: _____

Idioma nativo do pai, se não Inglês: _____

Intérprete necessário? SIM NÃO

Gerente de Caso: _____

Data(s) de Reunião com a Equipe IEP: _____

Data de Revisão Anual IEP: _____

- O pai recebeu uma cópia do documento de *Direitos Parentais Salvaguardados Processuais*.
 Os pais receberam uma explicação verbal e por escrito sobre seus direitos e responsabilidades no processo da equipe do IEP.
 Os pais receberam informações verbais e por escrito sobre o acesso aos serviços de habilitação, incluindo uma cópia do Guia dos pais da Administração de Seguros de Maryland para Serviços de habilitação.

Tradução do idioma nativo: Pais informados SIM NÃO N/D Pai pediu SIM NÃO

Data de Revisão Anual Projetada: _____

Data da Avaliação Mais Recente: _____

Data de Avaliação do Projeto: _____

Deficiência Primária: _____

Áreas afetadas pela deficiência: _____

INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Data de saída: • • (DD•MM•AAAA)

- Categoria de saída: A - Retornou à educação geral (O aluNão recebe ensiNão domiciliar? SIM NÃO) B - Graduado com um Diploma de EnsiNão Secundário de Maryland
 C - Recebeu Certificado de Programa de Compleição de Ensino Secundário de Maryland D - Atingiu 21 aNãos de idade E - Faleceu F - Mudou-se, sabido a continuar
 G - Desligado H - Caso Especial I - Pais revogaram consentimento de serviços

PARTICIPANTES DE EQUIPE IEP

Gerente de Caso IEP: _____	Diretor/Designado: _____	Psicólogo Escolar: _____	Representante de Agência: _____
Cadeira IEP: _____	Educador Geral: _____	Assistente Social: _____	Outros de serviço: _____
Pais/Guardião: _____	Educador Especial: _____	Patologista de Fala/Linguagem: _____	Outros de serviço: _____
Pais/Guardião: _____	Orientador de escola: _____	Estudante: _____	Outros de serviço: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

DADOS DE ELEGIBILIDADE DE AVALIAÇÃO INICIAL (Requerido apenas para avaliação inicial do aluno para determinar elegibilidade)

Identificar área(s) prejudicada pela deficiência suspeitada do estudante: _____
 Discussão para apoiar a decisão: _____

É um fator determinante para a falta de progresso acadêmico do estudante o resultado de:

- a) uma falta de instrução apropriada em leitura, incluindo componentes essenciais de instrução de leitura? SIM NÃO
 b) uma falta de instrução em matemática? SIM NÃO
 c) uma falta de proficiência em inglês? SIM NÃO

(se sim para algum dos acima, o estudante deve atender de outra forma atender ao critério de elegibilidade como um estudante com uma deficiência identificada.)

O estudante requer instrução designada especialmente para fazer progresso adequado na escola? SIM NÃO

Elegibilidade inicial (Antes dos 3 anos)

Data do consentimento dos pais para avaliação inicial:

 •

 •

 (DD•MM•AAAA)
 Data da avaliação inicial:

 •

 •

 (DD•MM•AAAA)

A criança é elegível para a educação especial pré-escolar e aos serviços relacionados através de um IEP. Sim Não

Indicar deficiência primária

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> Dislexia <input type="radio"/> Disgrafia | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> Discalculia <input type="radio"/> Outro _____ | | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Base documental para a decisão(ões): _____

Razão(ões) para a demora da avaliação inicial:

- Classificação não determinada devido à retirada de consentimento, mudança de bairro, criança não disponível como resultado de condição crônica ou doença.
 Avaliação inicial

Se a avaliação foi atrasada, indique a(s) razão(ões):

- Os pais deixaram repetidamente de disponibilizar a criança ou se recusaram
 A recusa dos pais em fornecer o consentimento causou o atraso na avaliação ou Não serviços iniciais
 Os pais solicitaram o atraso - Os pais e a equipe de IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

Encerramento da escola/instalação

Clima severo

Outro:

- Problemas de equipe Erro em papelada
 Resultados de teste inconclusivos
 Outro, favor especificar: _____

Data do consentimento dos pais-Serviços de intervenção precoce contínuos através de um IFSP aos 3 anos.

Data do desenvolvimento IEP inicial:

 •

 •

 (DD•MM•AAAA)
 Data do consentimento dos pais para início dos serviços:

 •

 •

 (DD•MM•AAAA)
 Data de efetividade do IEP inicial:

 •

 •

 (DD•MM•AAAA)

O estudante está em transição de Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para Pré-escola (Parte B) e receberá serviços? SIM NÃO

Razão(ões) para o atraso do IEP em vigor aos 3 anos

- Classificação não determinada devido à retirada de consentimento, mudança de bairro, criança não disponível como resultado de condição crônica ou doença.
 IEP inicial em vigor aos 3 anos

Se o IEP não estiver em vigor aos 3 anos, indique a(s) razão(ões) do atraso:

- Os pais deixaram repetidamente de disponibilizar a criança ou se recusaram
 A recusa dos pais em fornecer o consentimento causou o atraso na avaliação ou nos serviços iniciais
 Os pais solicitaram o atraso - Os pais e a equipe de IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito

Encerramento da escola/instalação

Clima severo

Outro:

- Problemas de equipe Erro em papelada
 Resultados de teste inconclusivos
 Outro, favor especificar: _____

Se os pais falharam em responder ou recusaram-se a consentir a provisão inicial de educação especial e serviços relacionados, a agência pública não fornecerá educação especial e serviços relacionados ao estudante e não será considerado em violação do requerimento de disponibilizar FAPE de acordo com 34 CFR Seção 300.

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

Elegibilidade inicial (Alunos com idades entre 3-21 anos)

Data do consentimento dos pais para avaliação inicial: • • (DD•MM•AAAA)
 Data da avaliação inicial: • • (DD•MM•AAAA)

A criança tem direito como um aluno com uma deficiência à educação especial e serviços relacionados. Sim Não

Indicar deficiência primária

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> Dislexia <input type="radio"/> Disgrafia | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> Discalculia <input type="radio"/> Outro _____ | | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Base documental para a decisão(ões): _____

Razão(ões) para a demora da avaliação inicial:

Classificação não determinada devido à retirada de consentimento, mudança de bairro, criança não disponível como resultado de condição crônica ou doença.

Avaliação inicial

Se a avaliação foi atrasada, indique a(s) razão(ões):

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Os pais deixaram repetidamente de disponibilizar a criança ou se recusaram | <input type="radio"/> Os pais solicitaram o atraso - Os pais e a equipe de IEP estenderam o prazo através de um acordo mútuo por escrito |
| <input type="radio"/> Estudante se registrou depois de 60 dias do início do período de tempo e antes da determinação por LSS. Receptor LSS fez progresso o suficiente para completar a avaliação e pais e LSS concordaram em um tempo específico para completar a avaliação (Todas as condições devem ser atendidas) | <input type="radio"/> Encerramento da escola/instalação |
| | <input type="radio"/> Clima severo |
| | <input type="radio"/> Outro: |

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Erro em papelada | <input type="radio"/> Criança não disponível (não falha dos pais)/recusa da criança |
| <input type="radio"/> Resultados de teste inconclusivos | <input type="radio"/> Problemas de equipe |
| <input type="radio"/> Outro, favor especificar: _____ | |

Data do consentimento dos pais - Serviços de intervenção precoce contínuos através de um IFSP aos 3 anos: • • (DD•MM•AAAA)

Date local school system was notified of parent decision to request services through an IEP: • • (DD•MM•AAAA)

Data em que os serviços de IFSP estendidos foram finalizados: • • (DD•MM•AAAA)

Data do desenvolvimento IEP inicial: • • (DD•MM•AAAA)

Data do consentimento dos pais para início dos serviços: • • (DD•MM•AAAA)

Data de efetividade do IEP inicial: • • (DD•MM•AAAA)

O estudante está em transição de Jardim de Infância e Berçário (Parte C) para Pré-escola (Parte B) e receberá serviços? SIM NÃO

DADOS DE ELEGIBILIDADE CONTÍNUOS (necessários para reavaliação pelo menos uma vez a cada três anos)

Especifique a área(s) identificada para re-avaliação: _____ Discussão para apoiar a decisão: _____

Data da Avaliação: • • (DD•MM•AAAA) (Esta é a data mais recente na qual a equipe IEP completou uma revisão completa e compreensiva de todos os materiais avaliados.)

O estudante continua a ter uma deficiência e tais necessidades educacionais que requerem a provisão continuada de educação especial e serviços relacionados? SIM NÃO

São necessárias quaisquer adições ou modificações para permitir que o estudante atinja as metas atuais mensuráveis fixadas no IEP do estudante e participar, conforme apropriado, Não currículo de educação geral? SIM NÃO

Elegível como um estudante com uma deficiência? Sim Não Base documental para a decisão(ões): _____

Indicar deficiência primária

- | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| <input type="radio"/> AUTISMO | <input type="radio"/> ATRASO DE DESENVOLVIMENTO | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE APRENDIZADO ESPECÍFICA | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA DE FALA OU LINGUAGEM | <input type="radio"/> MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS |
| <input type="radio"/> SURDEZ | <input type="radio"/> DISTÚRBO EMOCIONAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA ORTOPÉDICA | <input type="radio"/> Dislexia <input type="radio"/> Disgrafia | <input type="radio"/> FERIMENTO CEREBRAL TRAUMÁTICO | <input type="radio"/> Cognitiva (especificar) _____ |
| <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA - DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA | <input type="radio"/> OUTRA DEFICIÊNCIA FÍSICA | <input type="radio"/> Discalculia <input type="radio"/> Outro _____ | <input type="radio"/> DEFICIÊNCIA VISUAL | <input type="radio"/> Sensorial (especificar) _____ |
| | | | | | <input type="radio"/> Física (especificar) _____ |

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE GRADUAÇÃO

Requerimentos de graduação a serem explicados para os pais SIM NÃORequerimentos estaduais de graduação podem ser encontrados em www.marylandpublicschools.org.

Registre quaisquer requerimentos adicionais de graduação: _____

CATEGORIA DE SAÍDA PROJETADA:

O aluno sairá com:

- Diploma de Ensino Secundário de Maryland
(Escolha todas as opções que se aplicam)
- com 2 créditos de Linguagem Mundial, que podem incluir Língua Americana de Sinais (ASL)
- com 2 créditos de Tecnologia Avançada
- com a conclusão bem-sucedida de um programa de carreira e educação técnica aprovado pelo Estado
- Certificado de Conclusão do Programa no final do ano escolar em que o aluno fizer 21 anos
- Certificado de Conclusão do Programa antes da data do final do ano em que o aluno fizer 21 anos (opção dos pais ou aluno)

DATA PROGRAMADA DA SAÍDA:

O aluno está participando de um programa de ____ ano(s) e a data programada de saída/formatura é _____ (mês, dia, ano) Na saída, o aluno receberá o Resumo de Desempenho de Maryland (MSOP) que inclui o desempenho acadêmico, o desempenho funcional, acomodações e o progresso em objetivos pós-secundários.

Os alunos e os pais foram informados de que direitos conforme o IDEA não se transferem para alunos com deficiência ao atingir a maioridade, exceto sob circunstâncias limitadas conforme descrito Não artigo educacional 58-412.1, código anotado de Maryland? Sim N/A

PLANO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE DE MARYLAND (MCAP) QUE SERÁ ADMINISTRADO DURANTE O TERMO DO IEP ATUAL

O aluno participará do Programa de Avaliação Abrangente de Maryland (MCAP) Avaliações da 3ª à 8ª série

Língua Inglesa/Alfabetização SIM NÃO Matemática SIM NÃO Estudos Sociais (somente 8ª série) SIM NÃO

O aluno participará do Programa de Avaliação Abrangente de Maryland (MCAP) Avaliações para o ensino médio

Língua Inglesa/Alfabetização SIM NÃO Álgebra SIM NÃO Ciências SIM NÃO Ciências Políticas SIM NÃOO aluno participará da Avaliação de Ciência Integrada de Maryland (MISA) alinhada aos critérios do *Next Generation Science Standards* (NGSS) na série avaliada - (Séries 5ª, 8ª) SIM NÃOO aluno participará da Avaliação de Ciência Integrada de Maryland (MISA) para o ensino médio alinhada aos critérios do *Next Generation Science Standards* (NGSS) na série avaliada SIM NÃO

O IEP determinou que o aluno deve participar de uma avaliação alternativa baseada em padrões de desempenho acadêmico alternativo?

(Preencha o apêndice A requerido das Diretrizes para Equipes IEP: Decisões sobre a participação em avaliações alternativas e instruções usando critérios alternativos documentados anualmente e arquivo da pasta eletrônica IEP do aluno.)

 SIM NÃOOs pais consentem na participação do(a) estudante numa **avaliação alternativa** com base em padrões de desempenho acadêmico alternativos para a série avaliada em

•Língua Inglesa (Séries 3ª-8ª, 11ª) •Matemática (Séries 3ª-8ª, 11ª) •Ciências (Séries 5ª, 8ª, 11ª, apenas)

 Sim - Data da permissão por escrito: .. Não - Data por escrito da recusa: .. Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da reunião da equipe do IEP

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PARTICIPAÇÃO DO ALUNO EM AVALIAÇÕES DISTRITAIS/ESTADUAIS E INFORMAÇÕES DE GRADUAÇÃO

PLANO DE PARTICIPAÇÃO NA INSTRUÇÃO UTILIZANDO PADRÕES ALTERNATIVOS

A equipe IEP determinou que o aluno será instruído utilizando padrões alternativos que, se continuados, resultarão na não obtenção de créditos para o Diploma de Ensino Médio de Maryland? (Preencha o Apêndice A necessário do Guia para Equipes IEP: Decisões sobre a participação em Avaliações Alternativas e Instruções utilizando padrões alternativos documentados anualmente e arquivados na pasta eletrônica IEP do aluno.)

SIM NÃO

Os pais consentem que o aluno seja instruído utilizando padrões alternativos?

SIM - Data do consentimento por escrito: • • NÃO - Data da recusa por escrito: • •

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe IEP

Base documental para a(s) decisão(ões) de avaliação: : _____

O aluno está buscando: Diploma de ensino médio de Maryland Certificado de conclusão do programa de Ensino Médio de Maryland

FAVOR OBSERVAR: UM ALUNO PODE SER CONVIDADO A PARTICIPAR DE AVALIAÇÕES NACIONAIS OU INTERNACIONAIS. SÃO PERMITIDAS APENAS ACOMODAÇÕES ADMISSÍVEIS EM AVALIAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS.

COMPLETO PARA ALUNOS DO ENSINO MÉDIO QUE PODEM SER ELEGÍVEIS PARA UMA ISENÇÃO DE HSA

A equipe IEP discutiu os critérios do processo de tomada de decisão de isenção para o aluno e apoia uma recomendação de isenção de HSA ao superintendente local.

SIM (Se sim, especifique a data recomendada) _____ NÃO

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SUMÁRIO DE PROFICIÊNCIA EM INGLÊS

O(A) estudante é Principiante da Língua Inglesa? SIM NÃO
Qual foi o desempenho do estudante na avaliação da proficiência em inglês?

Data da avaliação .. (MM•DD•AAAA)

Nível de proficiência composta geral _____

INICIAL EMERGENTE EM DESENVOLVIMENTO EM EXPANSÃO LIGAÇÃO ALCANÇANDO

OU

Qual foi o desempenho do estudante na avaliação da proficiência em inglês alternativa?

Data da avaliação .. (MM•DD•AAAA) Nível de proficiência composta geral _____

INICIAL EXPLORANDO COMPROMETIDO INÍCIO EMERGENTE

RESUMO DO DESEMPENHO DO PROGRAMA DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE DE MARYLAND (MCAP) ESTADUAL

Qual foi o desempenho do estudante, se aplicável, na Avaliação Prontidão Pré-Escolar (KRA) desde .. ?

Desempenho Geral	<input type="radio"/> EMERGENTE <input type="radio"/> APROXIMADO <input type="radio"/> DEMONSTRADO <input type="radio"/> OUTROS (um ou mais itens da avaliação não acesSimveis devido a deficiência que resulta em uma classificação não atribuível) <input type="radio"/> AVALIAÇÃO INCOMPLETA (alguns ou todos os itens não foram concluídos)	Desempenho do nível de domínio	Pontuação	Faixa
		Pontuação Geral _____ (Faixa: 202-298)	Bem-estar Físico e Desenvolvimento Motor	202-293
		Linguagem e Alfabetização		202-298
		Matemática		202-298
		Fundações Sociais		202-298

Qual foi o desempenho do aluno nas avaliações MCAP da 3ª-8ª séries .. ?

PARCC	Classificação em Escala Atual		Classificação em escala do ano passado		Níveis de proficiência mais atuais			
	Série	Classificação em Escala	Série	Classificação em Escala	Nível 1 Aluno iniciante	Nível 2 Aluno em desenvolvimento	Nível 3 Aluno proficiente	Nível 4 Aluno distinto
Inglês					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artes Linguísticas					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemática					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra I, se aplicável					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudos Sociais (8ª série)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MISA	Série	Classificação em Escala	Série	Classificação em Escala	Nível 1 Aluno iniciante	Nível 2 Aluno em desenvolvimento	Nível 3 Aluno proficiente	Nível 4 Aluno distinto
Ciências (somente 5ª, 8ª séries)					<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual foi o desempenho do estudante na avaliação das Séries 3-8 desde .. ?

PARCC	Classificação em escala mais atual	Classificação em escala anterior	Nível de proficiência mais atual			
			Nível 1 Aluno iniciante	Nível 2 Aluno em desenvolvimento	Nível 3 Aluno proficiente	Nível 4 Aluno distinto
Artes Linguísticas Inglesas e Alfabetização (10ª série)			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Álgebra			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciências			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciências Políticas			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual foi o desempenho do(a) estudante se aplicável, em avaliações alternativas desde .. ?

Mapas Dinâmicos de Aprendizagem (DLM)	Níveis de proficiência mais atuais			
	Nível 1 Emergente	Nível 2 Aproximandose do objetivo	Nível 3 Objetivo alcançado	Nível 4 Avançado
Inglês	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artes Linguísticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matemática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciências (somente 5ª, 8ª, 11ª séries)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

- HABILIDADES DE APRENDIZAGEM PRECOCE:
- Fundamentos sociais
 - Linguagem e alfabetização
 - Matemática
 - Ciências
 - Estudos sociais
 - Bem-estar físico e desenvolvimento motor
 - Belas artes

Documente os níveis de desempenho educacional e funcional da criança nas áreas, conforme apropriado.

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho Educacional e Funcional: (Considere várias fontes de dados, incluindo: resultados de avaliação individualizada, avaliações baseadas em sala de aula, avaliações distritais, observações baseadas em sala de aula, informações dos pais, entrada do aluno e entrada do professor de educação geral em áreas relevantes.) _____

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração):

Essa área impacta o desempenho educacional e/ou funcional da criança?

SIM NÃO

Nome: _____ Agência: _____ Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACADÊMICO _____ Documentos do estudante em alcance acadêmico e níveis de desempenho funcional em áreas acadêmicas, conforme apropriado

Fonte(s): _____

Resumo de Achados de Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Desempenho Atual do Nível de Ensino Instrucional: _____

Considere várias fontes de dados, incluindo: resultados de avaliações individualizadas, avaliações baseadas em sala de aula, avaliações distritais, observações baseadas em sala de aula, informações dos pais, opinião do aluno e opinião do professor de educação geral em áreas relevantes.

Dados de tendência de Desempenho de Nível de Graduação Instrucional (documentar a taxa de crescimento do aluno nos últimos dois anos): _____

Ano escolar	Desempenho de Nível de Graduação Instrucional

Esta área teve impacto sobre o alcance acadêmico e/ou desempenho funcional do estudante? SIM NÃO

SAÚDE _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considere o sistema escolar privado, estadual, local e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

FÍSICA _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considere o sistema escolar privado, estadual, local e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

COMPORTAMENTAL _____

Fonte(s): _____

Nível de Desempenho: _____

(Considere o sistema escolar privado, estadual, local e avaliações baseadas em sala de aula, conforme aplicável.)

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Essa área impacta o desempenho acadêmico e/ou funcional do aluno? SIM NÃO

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA:

- Emprego
- Educação/Treinamento
- Residência Independente
- Autonomia
- Habilidades de Viagem

Os treinamentos para emprego/educação deve ser concluídos por alunos com 14 anos ou mais durante o período em que o IEP estiver ativo.

Fonte(s): _____

Nível Atual de Desempenho (conforme apropriado): _____

Resumo dos Resultados da Avaliação (incluindo datas de administração): _____

Nome: _____ Agência: _____ Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

PRÉ-ESCOLAR - NÍVEL ATUAL DE DESEMPENHO EDUCACIONAL E FUNCIONAL

Onde a criança passa o tempo?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Creche | <input type="checkbox"/> Centro de apoio à família | <input type="checkbox"/> Local de trabalho dos pais | <input type="checkbox"/> Programa pré-escolar público |
| <input type="checkbox"/> Casa da criança | <input type="checkbox"/> Casa de membro da família | <input type="checkbox"/> Programa ou atividades de Parques e Recreação | <input type="checkbox"/> Ambiente religioso |
| <input type="checkbox"/> Início Precoce/Início | <input type="checkbox"/> Centro Judy | <input type="checkbox"/> Parque pré-escolar | <input type="checkbox"/> Abrigo |
| <input type="checkbox"/> Creche familiar | <input type="checkbox"/> Biblioteca | <input type="checkbox"/> Pré-escola/Berçário particular | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Quais são as preocupações e prioridades dos pais com relação ao desempenho acadêmico e funcional pré-escolar de seu filho? _____

Como a deficiência de seu filho(a) afeta seu acesso e participação em atividades adequadas para a idade? _____

Considere os pontos fortes e as necessidades da criança nas áreas funcionais: **RESUMO DE PONTOS FORTES E NECESSIDADES**

<i>Para as crianças serem participantes ativas e bem sucedidas em casa, na comunidade e em lugares como programas de cuidados infantis ou pré-escola, elas precisam desenvolver habilidades em três áreas funcionais: (1) o desenvolvimento de competências sócio-emocionais positivas e relacionamentos; (2) a aquisição e utilização de conhecimentos e competências; e (3) a prática de comportamentos apropriados para satisfazer suas necessidades. Múltiplas fontes de informação são usadas para entender o progresso individual da criança em relação a ela mesma e ao colegas da mesma idade. Estas fontes incluem preocupações e prioridades da família e desempenho educacional e funcional da criança em diferentes contextos.</i>	PONTOS FORTES DA CRIANÇA	NECESSIDADES DA CRIANÇA	COMO O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA SE RELACIONA COM DO DE SEUS COLEGAS DA MESMA IDADE?
COMO A CRIANÇA...	Quais são algumas coisas que a criança gosta de fazer? Quais habilidades a criança demonstra ou está começando a demonstrar?	Quais são algumas coisas ou comportamentos que a criança não faz ou são difíceis para a criança? Em quais atividades ou áreas de habilidades a criança precisa de apoio e/ou prática considerável?	<p>Em relação aos colegas da mesma idade:</p> <p><input type="checkbox"/> tem as habilidades que você pode esperar de sua idade no que diz respeito a esta área. <input type="checkbox"/> tem as habilidades que você pode esperar de sua idade no que diz respeito a esta área; no entanto, existem preocupações com esta área. <input type="checkbox"/> mostra muitas habilidades esperadas para a idade, mas continua a mostrar algum funcionamento que pode ser descrito como o de uma criança um pouco mais jovem nesta área. <input type="checkbox"/> mostra o uso ocasional de algumas habilidades esperadas para a idade, mas muitas de suas habilidades ainda não são as esperada para a idade nesta área. <input type="checkbox"/> ainda não está usando as habilidades esperadas para sua idade. Ela usa, no entanto, muitas habilidades fundamentais importantes e imediatas para se desenvolve nesta área. <input type="checkbox"/> está mostrando algumas habilidades fundamentais emergentes ou imediatas, que ajudarão a para trabalhar em direção a competências adequadas para a idade nesta área. <input type="checkbox"/> o funcionamento pode ser descrito como semelhante ao de uma criança muito mais jovem. Ela mostra habilidades precoces, mas ainda não habilidades imediatas fundamentais ou esperadas para a idade nesta área.</p> <p>Resumo dos Resultados da Criança (COS): <input type="radio"/> Entrada <input type="radio"/> Intermediário <input type="radio"/> Saída <input type="radio"/> N/D Data de Conclusão do COS _____ Fontes: _____ <input type="checkbox"/> Coletadas sem a entrada dos pais</p>
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS SOCIAIS E EMOCIONAIS POSITIVAS E RELACIONAMENTOS			<p><i>Escolha uma classificação da lista acima:</i> Em relação aos colegas da mesma idade: _____</p> <p><i>Responda apenas se estiver atualizando os Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original:</i> A criança tem demonstrado quaisquer comportamentos ou habilidades novos com relação a seu desenvolvimento socioemocional positivo e seus relacionamentos desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
ADQUIRIR E UTILIZAR CONHECIMENTOS E HABILIDADES			<p><i>Escolha uma classificação da lista acima:</i> Em relação aos colegas da mesma idade: _____</p> <p><i>Responda apenas se estiver atualizando os Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original:</i> A criança em demonstrada quaisquer Nôvas habilidades ou comportamentos relacionados ao desenvolvimento social-emocional positivo desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>
A PRÁTICA DE COMPORTAMENTOS APROPRIADOS PARA SATISFAZER SUAS NECESSIDADES			<p><i>Escolha uma classificação da lista acima:</i> Em relação aos colegas da mesma idade: _____</p> <p><i>Responda apenas se estiver atualizando os Resumo de Pontos Fortes e Necessidades original:</i> A criança tem demonstrado quaisquer comportamentos ou habilidades novas com relação à utilização de comportamentos apropriados para satisfazer suas necessidades desde o último Resumo de Pontos Fortes e Necessidades? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

EM IDADE ESCOLAR - NÍVEL ATUAL DE ALCANCE ACADÊMICO E DESEMPENHO FUNCIONAL

Qual é a opinião dos pais sobre o programa educacional do aluno? (Incluindo transição acadêmica, funcional, social/emocional, comportamental e secundária)

Quais são os pontos fortes do aluno, áreas de interesse, atributos pessoais significativos e realizações pessoais? (Inclua preferências e interesses para resultados pós-escolares, se apropriado.)

Como a deficiência do aluno afeta seu envolvimento no currículo da educação geral?

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA

SERVIÇOS/ATIVIDADES DE TRANSIÇÃO:

Os serviços de transição são um conjunto coordenado de atividades para um aluno com deficiência, projetado dentro de um processo orientado a resultados que facilitará a progressão do aluno da escola para as atividades pós-secundárias.

TIPO DE ATIVIDADE: EMPREGO ACADÊMICA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA RESIDÊNCIA INDEPENDENTE TRANSPORTE

Parte Responsável: _____

Identifique a meta pós-secundária que esta atividade suporta (Serviços/Atividades adicionados aqui serão preenchidos no IEP abaixo da meta pós-secundária correspondente):

Emprego Educação Treinamento Residência Independente

Planejamento IPE para Condições de Emergência:

Esta atividade de transição secundária pode ser implementada como escrita durante condições de emergência, resultando no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Se não, descreva as mudanças necessárias para esta atividade de transição secundária: _____

<p>Relatório de Progresso 1 Data _____</p>	<p>Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno <input type="radio"/> Outros: _____)</p> <p>Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada</p> <p>Descrição do Progresso: _____</p>
<p>Relatório de Progresso 2 Data _____</p>	<p>Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno <input type="radio"/> Outros: _____)</p> <p>Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada</p> <p>Descrição do Progresso: _____</p>
<p>Relatório de Progresso 3 Data _____</p>	<p>Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno <input type="radio"/> Outros: _____)</p> <p>Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada</p> <p>Descrição do Progresso: _____</p>
<p>Relatório de Progresso 4 Data _____</p>	<p>Progresso: <input type="radio"/> Concluído <input type="radio"/> Parcialmente Concluído <input type="radio"/> Ainda Não Iniciado <input type="radio"/> Não Concluído (Razão: <input type="radio"/> Opção da Família <input type="radio"/> Opção do Aluno <input type="radio"/> Horário do Aluno <input type="radio"/> Outros: _____)</p> <p>Atividade de Emprego Envolvida (apenas para atividades de EMPREGO): <input type="radio"/> Exploração de carreira <input type="radio"/> Experiência de trabalho não remunerada <input type="radio"/> Experiência de trabalho remunerada</p> <p>Descrição do Progresso: _____</p>

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

TRANSIÇÃO SECUNDÁRIA/CURSO DE ESTUDO

CURSO DE ESTUDO:

O aluno é inscrito em cursos que o prepararão para a carreira ou educação pós-secundária no conjunto de carreiras selecionado abaixo.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Artes, Mídia & Comunicação | <input type="radio"/> Administração e Finanças | <input type="radio"/> Construção & Desenvolvimento |
| <input type="radio"/> Serviços Humanos, ao Consumidor, Hospitalidade & Turismo | <input type="radio"/> Sistemas de Recursos Ambientais, Agrícolas & Naturais | <input type="radio"/> Saúde e Biociências |
| <input type="radio"/> Serviços de Recursos Humanos | <input type="radio"/> Tecnologia da Informação | <input type="radio"/> Produção, Engenharia e Tecnologia |
| <input type="radio"/> Tecnologias de Transporte | | |

Discussão para apoiar a decisão: _____

Liste os cursos que o aluno está fazendo que se alinham com suas metas de ensino superior: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

VINCULAÇÃO COM A AGÊNCIA DE TRANSIÇÃO

VINCULAÇÃO COM A AGÊNCIA:

No encontro anual, aluno e responsável receberam uma cópia do *Guia de Maryland para planejamento de transição secundária* [][] • [][] • [][][][] (DD•MM•AAAA)

Agência de serviços para adultos	Serviços Antecipados para Transição:	Consentimento assinado para comunicação:	Consentimento assinado para encaminhamento/ALUNO encaminhado pelo LSS para:	Consentimento assinado para convidar Representante(s) da Agência para a reunião da Equipe IEP:	Representante(s) da Agência convidado(s) para a reunião da Equipe IEP:
Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="checkbox"/> Recebendo serviços de transição pré-emprego	<input type="radio"/> Sim, Reabilitação Profissional (VR) <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data de consentimento _____ Data de encaminhamento _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo nas opções abaixo)
Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo nas opções abaixo)
Administração de Saúde Comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo nas opções abaixo)
Divisão de Desenvolvimento da Força de Trabalho e Aprendizagem de Adultos Departamento de Trabalho de Maryland (MDL)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	A agência não tem um processo de encaminhamento	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não: (selecione o motivo nas opções abaixo)	<input type="radio"/> Sim: Data _____ <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> N/A: (selecione o motivo nas opções abaixo)
Motivos para Decisões	<p>Sim: O aluno cumpre os critérios de elegibilidade iniciais para a agência publicados na Diretriz de Planejamento de Transição de Maryland para Indivíduos com Deficiências</p> <p>Não: O aluno não cumpre os critérios de elegibilidade iniciais para a agência publicados na Diretriz de Planejamento de Transição de Maryland para Indivíduos com Deficiências</p> <p>(selecione o motivo Os serviços não estão previstos para este aluno para todas as colunas restantes da agência)</p>	<p>Sim: Consentimento para se comunicar com a agência assinado em _____ (data).</p> <p>Não: (motivos)</p> <p>1. Os serviços não estão previstos para este aluno</p> <p>2. O aluno não está na idade/série correta para consultar o DORS (somente DORS)</p> <p>3. O aluno não está interessado em serviços de agência neste momento</p> <p>4. O(s) pai(s)/aluno(s) não devolveram o Termo de Consentimento para Comunicação/Encaminhamento, então o encaminhamento não foi feito</p> <p>5. O(s) pai(s)/aluno(s) não deram consentimento no formulário de consentimento para comunicação/encaminhamento</p> <p>6. Os pais/alunos optaram por se auto-referir ao DORS (somente DORS)</p> <p>7. Outros: _____ (motivo do documento)</p>	<p>Sim: Consentimento para Encaminhamento assinado em _____ (data) e o Aluno foi encaminhado ao DORS em _____ (data)</p> <p>Não: (motivos)</p> <p>1. Os serviços não estão previstos para este aluno</p> <p>2. O aluno não está na idade/série correta para consultar o DORS</p> <p>3. O aluno não está interessado nos serviços DORS neste momento</p> <p>4. O(s) pai(s)/aluno(s) não devolveram o Termo de Consentimento para Comunicação/Encaminhamento, então o encaminhamento não foi feito</p> <p>5. O(s) pai(s)/aluno(s) não deram consentimento no formulário de consentimento para comunicação/encaminhamento</p> <p>6. Os pais/alunos optaram pelo autoencaminhamento</p> <p>7. Outros: _____ (motivo do documento)</p>	<p>Sim: Consentimento assinado para convidar o Representante da Agência para a reunião da Equipe IEP assinado em _____ (data)</p> <p>Não: (motivos) 1. Os serviços não estão previstos para este aluno</p> <p>2. O aluno não está na idade/série correta para convidar o Representante da Agência (somente DORS, BHA, MDL)</p> <p>3. Pai(s)/Aluno não devolveram o Termo de Consentimento</p> <p>4. Pai(s)/Aluno não deram consentimento para que o Representante da Agência fosse convidado para a reunião</p> <p>5. Outros: _____ (motivo do documento)</p>	<p>Sim: Representante convidado para a reunião da Equipe IEP e listado no aviso da reunião datado de _____ (data)</p> <p>Não: LSS não convidou o Representante da Agência</p> <p>N/A: (motivos)</p> <p>1. Os serviços não estão previstos para este aluno</p> <p>2. O aluno não está na idade/série correta para convidar o Representante da Agência (somente DORS, BHA, MDL)</p> <p>3. Pai(s)/Aluno não devolveram o Termo de Consentimento</p> <p>4. Os pais/aluno não queriam que o representante do DORS fosse convidado para a reunião (somente DORS)</p> <p>5. Pai(s)/Aluno não deram consentimento para que o Representante da Agência fosse convidado para a reunião</p> <p>6. Outros: _____ (motivo do documento)</p>

Discussão adicional: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

COMUNICAÇÃO (OBRIGATÓRIO)

A comunicação do aluno é afetada pela condição dele? SIM NÃO

(Em caso afirmativo, descreva brevemente como as necessidades de comunicação serão abordadas no IEP). _____

O aluno possui um meio confiável de comunicação simbólica (por exemplo, fala, linguagem de sinais, comunicação aumentativa)? SIM NÃO

(Em caso negativo, descreva os objetivos, serviços ou outros suportes que serão fornecidos para desenvolver uma comunicação eficaz.) _____

TECNOLOGIA AUXILIAR (TA) (OBRIGATÓRIO)

Considere o(s) dispositivo(s) e serviço(s) de TA que são necessários para aumentar, manter ou aprimorar as capacidades funcionais de um aluno com deficiência.

Decisão(ões):	Requer dispositivo(s) TA	Requer serviço(s) TA
<input type="radio"/> O aluno não precisa de dispositivo(s) TA ou serviço(s) TA.	Não	Não
<input type="radio"/> O aluno não precisa de dispositivo(s) TA, mas precisa de serviço(s) TA.	Não	Sim É necessária uma coleta de dados adicional com testes
<input type="radio"/> O aluno precisa de dispositivo(s) TA e precisa de serviço(s) TA.	Sim	Sim Os serviços podem abordar o(s) dispositivo(s) necessário(s) ou é necessária uma coleta de dados adicional com testes
<input type="radio"/> O aluno precisa de dispositivo(s) TA, mas não precisa de serviço(s) TA.	Sim	Não

Base documental para decisão(ões) sobre o(s) dispositivo(s) TA, incluindo a descrição do(s) dispositivo(s): _____

Base documental para decisão(ões) sobre serviço(s) de TA, incluindo implementação de testes: _____

ATENDIMENTO A ALUNOS CEGOS OU DEFICIENTES VISUAIS

O aluno é cego ou deficiente visual? SIM NÃO

No caso de um aluno cego ou deficiente visual, fornecer instruções em Braille e o uso de Braille, a menos que a Equipe IEP determine, após uma avaliação de leitura e escrita do aluno, que a instrução em Braille não é apropriada para o aluno.

Data de avaliação em Braille: [][]•[][]•[][][][] (DD•MM•AAAA) A instrução em Braille é apropriada? SIM NÃO

No caso de um aluno cego ou deficiente visual, fornecer instrução em Orientação e Mobilidade (O&M), a menos que a Equipe IEP determine, após uma avaliação das necessidades de viagem atuais e futuras do aluno, que a instrução em O&M não é apropriada para o aluno.

Data de avaliação de O&M: [][]•[][]•[][][][] (DD•MM•AAAA) A instrução em O&M é apropriada? SIM NÃO

Base documental para decisão(ões): _____

Foram fornecidas aos pais informações sobre a Escola para Cegos de Maryland? SIM NÃO

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ATENDIMENTO PARA ALUNOS SURDOS OU DEFICIENTES AUDITIVOS

O aluno é surdo ou deficiente auditivo? SIM NÃO

No caso de um aluno surdo ou com deficiência auditiva, considere as necessidades de linguagem e comunicação, oportunidades de comunicação direta, nível acadêmico e uma gama completa de necessidades, incluindo instrução direta no idioma e no modo de comunicação do aluno.

Base documental para decisão(ões): _____

Foram fornecidas aos pais informações sobre a Escola para Surdos de Maryland? SIM NÃO

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL

No caso de um aluno cujo comportamento impede a aprendizagem do aluno ou de outros, considere o uso de intervenções e suportes comportamentais positivos e outras estratégias para lidar com esse comportamento.

 Avaliação Funcional Comportamental (FBA) Data da avaliação: .. Plano de Intervenção Comportamental (BIP) Data do BIP atual: ..

CONTENÇÃO

A equipe IEP está considerando o uso de contenção física como parte do IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

A equipe IEP revisou os dados disponíveis para identificar quaisquer contraindicações ao uso de contenção física com base no histórico médico do aluno ou trauma passado, incluindo consultas com profissionais médicos ou de saúde mental, conforme apropriado? _____

Identifique intervenções não físicas menos intrusivas que serão utilizadas para responder ao comportamento do aluno até que a contenção física seja utilizada em uma situação de emergência.

A equipe IEP da escola está recomendando a inclusão de contenção física no IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

Os pais consentem com o uso de contenção como parte do IEP e/ou BIP do aluno?

 SIM - Data do consentimento por escrito: .. NÃO - Data da recusa por escrito: ..

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe IEP

RECLUSÃO - UM ÓRGÃO PÚBLICO NÃO PODE USAR RECLUSÃO COMO UMA INTERVENÇÃO DE SAÚDE COMPORTAMENTAL PARA UM ALUNO (2022 HB1255/SB0705).

A equipe IEP está considerando o uso da reclusão como parte do IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

A equipe IEP revisou os dados disponíveis para identificar quaisquer contraindicações ao uso da reclusão com base no histórico médico do aluno ou trauma passado, incluindo consulta com profissionais médicos ou de saúde mental, conforme apropriado? _____

Identifique intervenções não físicas menos intrusivas que serão utilizadas para responder ao comportamento do aluno até que a reclusão seja utilizada em uma situação de emergência.

A equipe IEP da escola está recomendando a inclusão da reclusão no IEP e/ou BIP do aluno? SIM NÃO

Os pais consentem com o uso da reclusão como parte do IEP e/ou BIP do aluno?

 SIM - Data do consentimento por escrito: . NÃO - Data da recusa por escrito: ••

Nenhuma resposta recebida dentro de 15 dias úteis da data da reunião da equipe do IEP

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇO PARA ALUNOS QUE SÃO APRENDIZES DE INGLÊS

No caso de um aluno que é um aprendiz de Inglês, considere as necessidades linguísticas do aluno, pois tais necessidades estão relacionadas ao IEP do aluno.

Base documental para decisão(ões): _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE INSTRUCCIONAIS E DE AVALIAÇÃO

RECURSOS PARA TODOS OS ALUNOS (Disponíveis para TODOS os alunos, seja através da plataforma online ou fornecida externamente)	Instrução	PARCC	Governo HSA	HSA MISA	MISA (5a, 8a séries)	Alt-MISA (DLM)	ELA e Matemática DLM	ACESSO para ELLs	ACESSO de jardim de infância para ELLs	Alt-ACCESS para ELLs	NAEP
1b. Amplificação de áudio	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1c. Marcador (Itens de sinalização para revisão)	sim	sim	sim	sim	sim						
1e: Papel de rascunho em branco	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1f: Eliminar opção de resposta	sim	sim	sim	sim	sim						sim
1g: Instruções de administração geral esclarecidas	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1h: Instruções de administração geral lidas em voz alta e repetidas conforme necessário	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1i: Ferramenta de destaque	sim	sim	sim	sim	sim	sim		sim	sim	sim	sim
1j: Fones de ouvido ou abafadores de ruído	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1k: Ferramenta de máscara do leitor de linha	sim	sim	sim	sim	sim		sim	sim	sim	sim	sim
1l: Dispositivo de alargamento ou ampliação	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1m: Bloco de Notas	sim	sim	sim	sim	sim			sim			
1n: Glossário	sim	sim	sim	sim	sim						
1o: Redirecionar Aluno	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1p: Verificação ortográfica ou dispositivo externo de verificação ortográfica	sim	sim	sim	sim	sim						
1t: Ferramentas de escrita ¹	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				sim
1u: Organizador gráfico	sim										
1v: Materiais de áudio	sim										sim

Isso reflete os recursos e acomodações permitidos em nossos programas de testes atuais. Verifique o Manual do Administrador de Testes para obter as informações mais atualizadas.

*Consultar diretrizes de avaliação específica para informações detalhadas.

1t!: Não disponível para parte oral

Base documental para decisão:

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

RECURSOS DE ACESSIBILIDADE INSTRUCIONAIS E DE AVALIAÇÃO

<p>RECURSOS DE ACESSIBILIDADE PARA TODOS OS ALUNOS (Devem ser identificados com antecedência e documentados no Registro do Aluno/Perfil de Necessidades Pessoais [SR/PNP]) Os recursos de acessibilidade DEVEM ser utilizados na instrução para fornecer tempo e justiça adequados para o aluno se familiarizar com as ferramentas /dispositivos.</p>	Instrução	PARCC	Governo HSA	HSA MISA	MISA (5a, 8a séries)	Alt-MISA (DLM)	ELA e Matemática DLM	ACESSO para ELLs	ACESSO de jardim de infância para ELLs	Alt-ACCESS para ELLs	NAEP
1a: Mascaramento de Resposta	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				sim
1d: Contraste de cores (fundo/cor da fonte)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1q: O aluno lê o conteúdo em voz alta para si mesmo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
1r: Reconhecimento de fala para as Avaliações de Matemática, Ciência, e Governo (O SR/PNP de um aluno para matemática pode especificar apenas texto ou ordens de inclusão de texto e gráficos. A ordem de inclusão somente texto fornece seções selecionadas.)	sim	sim*	sim*	sim*	sim*	sim	sim				sim
1s: Leitor Humano ou Signatário Humano para as avaliações de matemática, ciências e governo (texto inteiro ou seções selecionadas)	sim	sim*	sim*	sim*	sim*	sim	sim				sim
2a: Pequeno grupo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2b: Hora do dia	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2c: Local separado ou alternativo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2d: Área ou ambiente especificado	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2e: Equipamentos ou móveis adaptativos ou especializados	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2f: Pausas frequentes	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2g: Reduzir as distrações a si mesmo	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2h: Reduzir as distrações a outros	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2i: Alterar local dentro da escola	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2j: Alterar local fora da escola	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
2k: Recurso de acessibilidade único	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e acomodações permitidos em nossos programas de testes atuais. Verifique o Manual do Administrador de Testes para obter as informações mais atualizadas.

*Consultar diretrizes de avaliação específica para informações detalhadas.

Base documental para decisão:

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES PARA INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

ACOMODAÇÕES DE APRESENTAÇÃO PARA ALUNOS COM DEFICIÊNCIAS (Destinado a alunos com deficiências que tenham a acomodação documentada em um IEP ou Plano 504 aprovado antes da data da aplicação do teste; e que usem a acomodação rotineiramente (com raras exceções) durante a instrução e as avaliações administradas localmente, antes e depois da aplicação do teste.)	Instrução	PARCC	Governo HSA	HSA MISA	MISA (5a, 8a séries)	Alt-MISA (DLM)	ELA e Matemática DLM	ACESSO para ELLs	ACESSO de jardim de infância para ELLs	Alt-ACCESS para ELLs	NAEP
3a: Tecnologia Assistente (Sem Leitor de Tela)	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3b: Versão do leitor de tela (para um aluno cego ou deficiente visual).	sim	sim	sim	sim	sim						
3c: Tela Braille atualizável com versão de leitor de tela para ELA/Alfabetização	sim	sim	sim	sim	sim						
3d: Edição impressa em Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim*		sim			sim
3e: Gráficos táteis	sim	sim	sim	sim	sim		sim				
3f: Edição de Letras Grandes	sim	sim	sim	sim	sim		sim	sim	sim*	sim*	sim
3g: Edição em papel	sim	sim	sim	sim	sim		sim*	sim	sim	sim	sim
3h: Legenda de passagens multimídia	sim	sim	sim	sim	sim						sim
3i: Reconhecimento de fala para a ELA/Avaliações de Alfabetização, incluindo itens, opções de resposta e passagens. ¹	sim	sim					sim				
3j: Vídeo com Linguagem de Sinais para ELA/Avaliações de Alfabetização 1	sim	sim									
3k: Leitor Humano/Signatário Humano para ELA ¹	sim	sim					sim*				
3l: Vídeo com Linguagem de Sinais para a Avaliação de Matemática, Ciências e Governo	sim	sim	sim	sim	sim						
3m: Signatário Humano para instruções de teste	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
3n: Leitor Humano, incluindo controle manual de item de áudio e repetir item de áudio (somente ACESSO)	sim							sim			
3o: Notas e resumos	sim										
3p: Pesquisa assistida por parceiros	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				
3q: Acomodações de apresentação únicas	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e acomodações permitidos em nossos programas de testes atuais. Verifique o Manual do Administrador de Testes para obter as informações mais atualizadas.

*Consultar diretrizes de avaliação específica para informações detalhadas.

3i¹; 3j¹; 3k¹: O Apêndice D deve ser preenchido.

Base documental para decisão:

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES PARA INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

RESPOSTA DE ACOMODAÇÕES PARA ALUNOS COM DEFICIÊNCIA (Destinado a alunos com deficiência que tenham a acomodação documentada em um IEP ou Plano 504 aprovado antes da data da aplicação do teste; e que usam a acomodação rotineiramente (com raras exceções) durante a instrução e as avaliações administradas localmente, antes e depois da aplicação do teste.)	Instrução	PARCC	Governo HSA	HSA MISA	MISA (5a, 8a séries)	Alt-MISA (DLM)	ELA e Matemática DLM	ACESSO para ELLs	ACESSO de jardim de infância para ELLs	Alt-ACESSO para ELLs	NAEP
4a: Tecnologia Auxiliar	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim
4b: Anotador em Braille	sim	sim	sim	sim	sim			sim			sim*
4c: Escritor Braille	sim	sim	sim	sim	sim	sim*	sim*	sim			sim*
4d: Dispositivo de cálculo e ferramentas de matemática (nas Seções de Cálculo das Avaliações de Matemática)	sim	sim		sim	sim		sim*				sim
4e: Dispositivo de cálculo e ferramentas matemáticas (NÃO sendo nas seções de cálculo das avaliações matemáticas)	sim	sim		sim	sim	sim					
4f: ELA/Resposta Seleccionada de Alfabetização com Reconhecimento de fala	sim	sim									
4g: Escrevente Humano de Resposta Seleccionada de ELA/Alfabetização	sim	sim					sim				
4h: ELA/Alfabetização Signatário Humano de Resposta Seleccionada	sim	sim					sim				
4i: ELA/Alfabetização Dispositivo de Tecnologia Assistente de Resposta Seleccionada	sim	sim					sim				
4j: Reconhecimento de Fala para Matemática, Ciências, Resposta governamental	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				sim
4k: Escrevente humano para Matemática, Ciências, Resposta governamental	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				sim
4l: Signatário humano para Matemática, Ciências, Resposta governamental	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				sim
4m: Dispositivo de tecnologia auxiliar para Matemática, Ciências, Resposta governamental	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim				sim
4n: ELA/L Resposta construída - Reconhecimento de fala	sim	sim					sim				sim
4o: ELA/L Resposta - Escrevente humano	sim	sim					sim				sim
4p: ELA/L Resposta - Signatário Humano	sim	sim					sim				sim
4q: ELA/L Resposta construída - Dispositivo de tecnologia auxiliar externo	sim	sim					sim				sim
4r: Monitorar a resposta do teste	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim	sim*	sim*	sim*	sim
4s: Dispositivo Externo de Previsão de Palavras	sim	sim	sim	sim	sim						
4t: Respostas registradas no livro de teste	sim	sim	sim					sim	sim	sim	
4u: Dispositivo de gravação	sim							sim	sim	sim	
4v: ACESSO para escrevente ELLs	sim							sim	sim	sim	sim
4w: Acomodações de resposta únicas	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e acomodações permitidos em nossos programas de testes atuais. Verifique o Manual do Administrador de Testes para obter as informações mais atualizadas.

*Consultar diretrizes de avaliação específica para informações detalhadas. 4u: Disponível apenas para leitura e escrita no ACESSO para ELLs, ACESSO de jardim de infância para ELLs e Alt-ACESSO para ELLs

Base documental para decisão:

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ACOMODAÇÕES PARA INSTRUÇÕES E AVALIAÇÃO

<p>HORÁRIO DE ACOMODAÇÕES PARA ALUNOS COM DEFICIÊNCIA (Destinado a alunos com deficiências que tenham a acomodação documentada em um IEP ou Plano 504 aprovado antes da data da aplicação do teste; e que usem a acomodação rotineiramente (com raras exceções) durante a instrução e as avaliações administradas localmente, antes e depois da aplicação do teste.)</p>	Instrução	PARCC	Governo HSA	HSA MISA	MISA (5a, 8a séries)	Alt-MISA (DLM)	ELA e Matemática DLM	ACESSO para ELLs	ACESSO de jardim de infância para ELLs	Alt-ACCESS para ELLs	NAEP
5a: Tempo Estendido 1,5x 2x Outros: _____	sim	sim	sim	sim	sim			sim*			sim
5b: Acomodações com programação e horários únicos	sim	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Isso reflete os recursos e acomodações permitidos em nossos programas de testes atuais. Verifique o Manual do Administrador de Testes para obter as informações mais atualizadas.

*Consultar diretrizes de avaliação específica para informações detalhadas.

Base documental para decisão: _____

Planejamento do IEP para Condições de Emergência:

Esta atividade de transição secundária pode ser implementada como escrita durante condições de emergência, resultando no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Se não, descreva as mudanças necessárias para as adaptações de instrução e avaliação existentes: _____

Acomodações de instrução e teste foram consideradas e nenhuma acomodação de instrução e teste é necessária neste momento.

Base Documental para decisão: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Apoio(s) à Instrução

Natureza do Serviço	Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro																																				
<input type="radio"/> Permitir uso de destaques durante instrução e tarefas <input type="radio"/> Permitir uso de manipulativos <input type="radio"/> Permitir uso de ajudas organizacionais <input type="radio"/> Verificar entendimento <input type="radio"/> Retorno frequente e/ou imediato <input type="radio"/> Fazer o aluno repetir e/ou parafrasear informações <input type="radio"/> Limitar quantidade a ser copiada do quadro <input type="radio"/> Monitorar trabalho independente <input type="radio"/> Parafrasear perguntas & instrução <input type="radio"/> Organização de trabalho e ensino com colegas/em pares <input type="radio"/> Agendamento de foto <input type="radio"/> Oferecer modos alternativos para os alunos demonstrarem aprendizado <input type="radio"/> Oferecer assistência c/ organização <input type="radio"/> Oferecer conjuntos para casa de livros de texto/ materiais <input type="radio"/> Oferecer lista de verificação de revisão <input type="radio"/> Oferecer ao aluno cópia das anotações do aluno/ professor <input type="radio"/> Repetição de instruções <input type="radio"/> Uso de banco de palavras para reforçar vocabulário e/ou quando o aumento da escrita é necessário <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade</td> <td><input type="radio"/> Fonoaudiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem</td> <td><input type="radio"/> Psicólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição</td> <td><input type="radio"/> Equipe IEP</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual</td> <td><input type="radio"/> Intérprete</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional</td> <td><input type="radio"/> Assistente Instrucional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação física</td> <td><input type="radio"/> Professor Particular</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação</td> <td><input type="radio"/> Orientador de escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação geral</td> <td><input type="radio"/> Assistente Social da Escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Recreativo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outra Agência _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Enfermeira</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo	<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição	<input type="radio"/> Equipe IEP	<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete	<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional	<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor Particular	<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Orientador de escola	<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola	<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo	<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional	<input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	<input type="radio"/> Outra Agência _____		<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial		<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____		<input type="radio"/> Enfermeira	
<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo																																							
<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo																																							
<input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição	<input type="radio"/> Equipe IEP																																							
<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete																																							
<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional																																							
<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico																																							
<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor Particular																																							
<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Orientador de escola																																							
<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola																																							
<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo																																							
<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional																																							
<input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico																																							
<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem																																							
<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental																																							
<input type="radio"/> Outra Agência _____																																								
<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial																																								
<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____																																								
<input type="radio"/> Enfermeira																																								

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Modificação(ões) do Programa

Natureza do Serviço		Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Tarefas alteradas/modificadas <input type="radio"/> Dividir tarefas em unidades menores <input type="radio"/> Divisão de texto(s) <input type="radio"/> Excluir informações estranhas de tarefas e avaliações, quando possível <input type="radio"/> Limitar quantidade de leitura necessária <input type="radio"/> Conteúdo modificado <input type="radio"/> Sistema de notas modificado <input type="radio"/> Provas com consulta <input type="radio"/> Provas orais <input type="radio"/> Número reduzido de escolha de respostas <input type="radio"/> Duração reduzida das provas	<input type="radio"/> Remover perguntas "exceto" e "não", quando possível <input type="radio"/> Revisar formato de teste (i.e. menos perguntas, preencher lacuna) <input type="radio"/> Separar perguntas com parágrafo longo em marcadores, sempre que possível <input type="radio"/> Estrutura de frase simplificada, vocabulário e gráficos nas tarefas e avaliações <input type="radio"/> Usar imagens para apoiar as passagens de leitura, sempre que possível <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Fonaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Orientador de escola <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Suporte(s) Social/Comportamental

Natureza do Serviço	Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro																																				
<input type="radio"/> Apoio ao adulto <input type="radio"/> Preparação avançada para mudanças de programação <input type="radio"/> Treinamento de gestão de raiva <input type="radio"/> Verificar entendimento <input type="radio"/> Intervenção de crise <input type="radio"/> Motivar aluno a pedir assistência quando necessária <input type="radio"/> Motivar/reforçar comportamento apropriado em ambientes acadêmicos e não acadêmicos <input type="radio"/> Contato visual frequente/ controle de proximidade <input type="radio"/> Lembrete frequente de regras <input type="radio"/> Sistema de comunicação de educação residencial <input type="radio"/> Implementação de contrato comportamental <input type="radio"/> Monitorar o uso da agenda e/ou relatório de progresso <input type="radio"/> Fornecer alterações frequentes nas atividades ou oportunidades de movimento <input type="radio"/> Oferecer atividades manipulativas e/ou sensoriais para promover habilidades de escuta e atenção <input type="radio"/> Oferecer tempo estruturado para organização de materiais <input type="radio"/> Reforçar o comportamento positivo pela comunicação não-verbal/verbal <input type="radio"/> Treinamento de habilidades sociais <input type="radio"/> Estratégias para iniciar e sustentar a atenção <input type="radio"/> Usar reforços positivos/concretos <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade</td> <td><input type="radio"/> Fonoaudiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem</td> <td><input type="radio"/> Psicólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição</td> <td><input type="radio"/> Equipe IEP</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual</td> <td><input type="radio"/> Intérprete</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional</td> <td><input type="radio"/> Assistente Instrucional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação física</td> <td><input type="radio"/> Professor Particular</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação</td> <td><input type="radio"/> Orientador de escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação geral</td> <td><input type="radio"/> Assistente Social da Escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Recreativo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outra Agência _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Enfermeira</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo	<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição	<input type="radio"/> Equipe IEP	<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete	<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional	<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor Particular	<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Orientador de escola	<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola	<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo	<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional	<input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	<input type="radio"/> Outra Agência _____		<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial		<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____		<input type="radio"/> Enfermeira	
<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo																																							
<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo																																							
<input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição	<input type="radio"/> Equipe IEP																																							
<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete																																							
<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional																																							
<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico																																							
<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor Particular																																							
<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Orientador de escola																																							
<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola																																							
<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo																																							
<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional																																							
<input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico																																							
<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem																																							
<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental																																							
<input type="radio"/> Outra Agência _____																																								
<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial																																								
<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____																																								
<input type="radio"/> Enfermeira																																								

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Suporte(s) Físico/Ambiental

Natureza do Serviço	Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro																																				
<input type="radio"/> Acesso ao elevador <input type="radio"/> Equipamentos de adaptação <input type="radio"/> Aparelhos de alimentação de adaptação <input type="radio"/> Ajustes à informação sensorial (i.e. luz, som) <input type="radio"/> Permitir tempo extra para movimentação entre aulas <input type="radio"/> Ajudas ambientais (i.e. acústica da sala de aula, aquecimento, ventilação) <input type="radio"/> Localização do armário preferencial <input type="radio"/> Assento preferencial <input type="radio"/> Reduzir tarefas com papel/lápis <input type="radio"/> Dieta sensorial <input type="radio"/> Agendamento de foto <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade</td> <td><input type="radio"/> Fonoaudiólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem</td> <td><input type="radio"/> Psicólogo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição</td> <td><input type="radio"/> Equipe IEP</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual</td> <td><input type="radio"/> Intérprete</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional</td> <td><input type="radio"/> Assistente Instrucional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação física</td> <td><input type="radio"/> Professor Particular</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação</td> <td><input type="radio"/> Orientador de escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de educação geral</td> <td><input type="radio"/> Assistente Social da Escola</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia</td> <td><input type="radio"/> Terapeuta Recreativo</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)</td> <td><input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)</td> <td><input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outra Agência _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Enfermeira</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo	<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo	<input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição	<input type="radio"/> Equipe IEP	<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete	<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional	<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor Particular	<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Orientador de escola	<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola	<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo	<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional	<input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico	<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	<input type="radio"/> Outra Agência _____		<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial		<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____		<input type="radio"/> Enfermeira	
<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo																																							
<input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem	<input type="radio"/> Psicólogo																																							
<input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição	<input type="radio"/> Equipe IEP																																							
<input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual	<input type="radio"/> Intérprete																																							
<input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional	<input type="radio"/> Assistente Instrucional																																							
<input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno	<input type="radio"/> Terapeuta Físico																																							
<input type="radio"/> Professor de educação física	<input type="radio"/> Professor Particular																																							
<input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação	<input type="radio"/> Orientador de escola																																							
<input type="radio"/> Professor de educação geral	<input type="radio"/> Assistente Social da Escola																																							
<input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia	<input type="radio"/> Terapeuta Recreativo																																							
<input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS)	<input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional																																							
<input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA)	<input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico																																							
<input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA)	<input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem																																							
<input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS)	<input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental																																							
<input type="radio"/> Outra Agência _____																																								
<input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Espacial																																								
<input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____																																								
<input type="radio"/> Enfermeira																																								

Esclarecer local e maneira: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AJUDAS COMPLEMENTARES, SERVIÇOS, MODIFICAÇÕES DE PROGRAMAS E SUPORTES

Pessoal Escolar/Apoio aos Pais

Natureza do Serviço		Frequência	Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro	
<input type="radio"/> Consulta AT <input type="radio"/> Consulta com audiólogo <input type="radio"/> Consulta de instrução da sala de aula <input type="radio"/> Coordenação de serviços de apoio para prevenção e intervenções de crise <input type="radio"/> Apoio de provedores extracurriculares/não acadêmicos <input type="radio"/> Consulta com terapeuta ocupacional <input type="radio"/> Orientação e consulta de mobilidade	<input type="radio"/> Aconselhamento e/ou treinamento de pais <input type="radio"/> Consulta de educação física <input type="radio"/> Consulta com fisioterapeuta <input type="radio"/> Consulta psicológica <input type="radio"/> Consulta de saúde escolar <input type="radio"/> Consulta com assistente social <input type="radio"/> Treinamento de pessoal <input type="radio"/> Consulta com patologista de fala/linguagem <input type="radio"/> Treinamento de viagem <input type="radio"/> Outro: _____	Frequência Antecipada <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Periodicamente <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Outro _____	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Terapeuta Físico <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Orientador de escola <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Terapeuta Físico <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental

Identificar a(s) área(s) do IEP apoiada(s) pelo treinamento/consulta:

- Meta(s) e objetivos (intervenções e estratégias baseadas em evidências)
- Acomodações
- Ajudas Suplementares, Serviços, Modificações de Programas e Apoios
- Educação Especial/Serviços Relacionados

Esclarecer tópico(s), participante(s), maneira: _____

Discussão para Apoiar Decisão: _____

Planejamento IPE para Condições de Emergência:

Auxílios, serviços, modificações de programas e suportes complementares podem ser implementados conforme escrito durante condições de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais?

SIM NÃO Se não, descreva as mudanças necessárias para auxílios, serviços, modificações de programas e suportes complementares existentes: _____

Auxílios Complementares, Serviços, Modificações de Programas e Suportes foram considerados e nenhum é necessário no momento. SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ANO ESCOLAR PROLONGADO (ESY)

A Equipe IEP deve determinar se algum dos fatores abaixo prejudicará significativamente a capacidade do aluno de receber algum benefício do programa educacional do aluno durante o ano letivo regular, se o aluno não receber os serviços do ESY. Os serviços ESY são a extensão individualizada de educação especial específica e serviços relacionados que são prestados além do ano letivo normal do órgão público, de acordo com o IEP, sem custo para os pais.

Decisão ESY Adiada

Ao considerar ESY, responda SIM ou NÃO e documente a decisão:

1. O IEP do aluno inclui metas anuais relacionadas a habilidades importantes para a vida? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1a. Existe uma chance provável de regressão substancial de habilidades importantes para a vida causadas pelas férias escolares normais e uma falha em recuperar essas habilidades perdidas em um tempo razoável? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

1b. O aluno está demonstrando um grau de progresso em direção ao domínio das metas do IEP relacionadas a habilidades importantes para a vida? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

2. Existe a presença de habilidades emergentes ou oportunidades inovadoras? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

3. Existem comportamentos interferentes significativos? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

4. A natureza e a gravidade da deficiência justificam o ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

5. Existem outras circunstâncias especiais que exigem ESY? SIM NÃO

Discussão para apoiar a decisão: _____

Depois de considerar todas as perguntas acima, os benefícios que o aluno recebe de seu programa educacional durante o ano letivo regular serão significativamente prejudicados se o aluno não receber o ESY? SIM, o aluno é elegível para serviço ESY.

NÃO, o aluno não é elegível para serviço ESY.

Base documental para decisão(ões): _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

META _____	Essa meta oferece suporte a uma meta de transição pós-secundária? Se sim, identifique: <input type="checkbox"/> Emprego <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Treinamento <input type="checkbox"/> Residência Independente	
Metas (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____		
Prazo: por [][]•[][]•[][][][] (DD•MM•AAAA)		
Método de medição (selecione todas as opções aplicáveis): <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS INFORMAIS - (Ferramenta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO EM SALA DE AULA - (Ferramenta/Método utilizado) _____ <input type="checkbox"/> REGISTRO DE OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PADRÃO - (Ferramenta/Método Utilizado) _____ <input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO DE CARTEIRA <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
Critérios (Domínio e Retenção): Com _____ <input type="checkbox"/> % de precisão <input type="checkbox"/> % de redução <input type="checkbox"/> ____ a partir de ____ testes <input type="checkbox"/> % de aumento <input type="checkbox"/> outro _____		
Meta ESY? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
Planejamento IPE para Condições de Emergência: Esta meta pode ser implementada como escrita durante condições de emergência, resultando no fechamento físico da escola por 10 dias ou mais? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO Se não, descreva as mudanças necessárias para esta meta: _____		
Objetivo 1 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____	Objetivo 3 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____	
Objetivo 2 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____	Objetivo 4 (incluir Condições, Comportamento, Prazo, Método de Medição e Critérios): _____	
Relatório de em direção Meta		
Relatório de Progresso 1 Data _____	Código do Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Fazendo progresso suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Não fazendo progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para resolver o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____	
Relatório de Progresso 2 Data _____	Código do Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Fazendo progresso suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Não fazendo progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para resolver o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____	
Relatório de Progresso 3 Data _____	Código do Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Fazendo progresso suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Não fazendo progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para resolver o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____	
Relatório de Progresso 4 Data _____	Código do Progresso: <input type="radio"/> Alcançado <input type="radio"/> Fazendo progresso suficiente para atingir a meta <input type="radio"/> Não fazendo progresso suficiente para atingir a meta (A equipe IEP precisa se reunir para resolver o progresso insuficiente) Descrição do Progresso: _____	
Como os pais serão notificados sobre o progresso do aluno em relação às metas do IEP? _____		
Com que frequência? <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> BI-SEMANAL <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> INTERCALADO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> FIM DO PERÍODO DE MARCAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____		

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

○ SERVIÇOS EDUCACIONAIS ESPECIAIS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial DD•MM•AAAA	Data Final DD•MM•AAAA	Provedor(es) ○ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
		Número de Sessões	Extensão de Tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência			P ○ = Primário, ○ = Outro		
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula (a identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Treinamento de Viagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	<input type="radio"/> _____ Horas <input type="radio"/> _____ Minutos	<input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual		Duração _____ Semanas	<input type="checkbox"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="checkbox"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="checkbox"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="checkbox"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="checkbox"/> Professor de educação física <input type="checkbox"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="checkbox"/> Professor de educação geral <input type="checkbox"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="checkbox"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="checkbox"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="checkbox"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="checkbox"/> Outra Agência _____ <input type="checkbox"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Equipe IEP <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Assistente Instrucional <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Professor Particular <input type="checkbox"/> Orientador de escola <input type="checkbox"/> Assistente Social da Escola <input type="checkbox"/> Terapeuta Recreativo <input type="checkbox"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="checkbox"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY DD•MM•AAAA	Data Final ESY DD•MM•AAAA	ESY Provider(s) ○ = Primário, ○ = Outro		Resumo de Serviço
		Número de Sessões	Extensão de Tempo ____ Horas ____ Minutos	Frequência			P ○ = Primário, ○ = Outro		
<input type="radio"/> Instrução em Sala de Aula (a identificação do número de sessões para Instrução em Sala de Aula é opcional) <input type="radio"/> Educação Física <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Treinamento de Viagem	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	<input type="radio"/> _____ Horas <input type="radio"/> _____ Minutos	<input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual		Duração _____ Semanas	<input type="checkbox"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="checkbox"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="checkbox"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="checkbox"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="checkbox"/> Professor de educação física <input type="checkbox"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="checkbox"/> Professor de educação geral <input type="checkbox"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="checkbox"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="checkbox"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="checkbox"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="checkbox"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="checkbox"/> Outra Agência _____ <input type="checkbox"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="checkbox"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Equipe IEP <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Assistente Instrucional <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Professor Particular <input type="checkbox"/> Orientador de escola <input type="checkbox"/> Assistente Social da Escola <input type="checkbox"/> Terapeuta Recreativo <input type="checkbox"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="checkbox"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="checkbox"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Discussão de entrega de serviço(s): _____
 Planejamento de IEP para Condições de Emergência: Este serviço/ serviço ESY pode ser implementado conforme escrito durante condições de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 ou mais dias?
 SIM Se não, descreva as mudanças necessárias para este serviço / serviço ESY: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS

SERVIÇOS RELACIONADOS

Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) <input type="radio"/> = Primário, <input type="radio"/> = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação & Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento & Treinamento de Pais <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviços de Treinamento de Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico & Avaliação) <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Serviços de Enfermaria	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> <input type="radio"/> Orientador de escola <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) <input type="radio"/> = Primário, <input type="radio"/> = Outro		Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Serviços Audiológicos <input type="radio"/> Serviços Psicológicos <input type="radio"/> Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Fisioterapia <input type="radio"/> Recreação <input type="radio"/> Identificação & Avaliação Precoce <input type="radio"/> Serviços de Aconselhamento <input type="radio"/> Serviços de Saúde Escolar <input type="radio"/> Serviços de Trabalho Social <input type="radio"/> Aconselhamento & Treinamento de Pais <input type="radio"/> Aconselhamento de Reabilitação <input type="radio"/> Serviços de Treinamento de Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Serviços Médicos (Diagnóstico & Avaliação) <input type="radio"/> Outras Terapias _____ <input type="radio"/> Serviços de Interpretação <input type="radio"/> Terapia de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Serviços de Enfermaria	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual Duração _____ Semanas	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Enfermeira	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> <input type="radio"/> Orientador de escola <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total: <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.

Discussão da entrega do(s) serviço(s), incluindo a descrição dos serviços de transporte, se fornecidos:

Planejamento do IEP para Condições de Emergência: Este serviço/ serviço ESY pode ser implementado conforme escrito durante condições de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 ou mais dias?

SIM Se não, descreva as mudanças necessárias para este serviço / serviço ESY: _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

SERVIÇOS										
○ SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DE CARREIRA E TECNÓLOGIA										
Natureza do Serviço	Localização	Descrição de Serviço			Data Inicial	Data Final	Provedor(es) Ⓟ = Primário, ○ = Outro			Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Especial com Objetivos Pré-Vocacionais	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Orientador de escola <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.	
Natureza do Serviço ESY	Localização ESY	Descrição de Serviço ESY			Data Inicial ESY	Data Final ESY	ESY Provider(s) Ⓟ = Primário, ○ = Outro			Resumo de Serviço
<input type="radio"/> Programa de Educação de Carreira e Tecnologia c/ Serviços de Apoio <input type="radio"/> Avaliação Vocacional <input type="radio"/> Programa de Educação Especial com Objetivos Pré-Vocacionais	<input type="radio"/> Educação Em Geral <input type="radio"/> Educação Geral Externa	Número de Sessões <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> Outro _____	Extensão de Tempo _____ Horas _____ Minutos	Frequência <input type="radio"/> Diária <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Apenas uma vez <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Semi-anual	DD•MM•AAAA	DD•MM•AAAA Duração _____ Semanas	<input type="radio"/> Especialista em Orientação & Mobilidade <input type="radio"/> Patologista de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Professor para o Deficientes auditivos e dificuldade de audição <input type="radio"/> Professor para o Deficiente Visual <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional <input type="radio"/> Funcionário Pessoal de Aluno <input type="radio"/> Professor de educação física <input type="radio"/> Equipe de Serviços de Reabilitação <input type="radio"/> Professor de educação geral <input type="radio"/> Professor de carreira e tecnologia <input type="radio"/> Departamento de Serviços Sociais (DSS) <input type="radio"/> Administração de saúde comportamental (BHA) <input type="radio"/> Administração de Deficiências de Desenvolvimento (DDA) <input type="radio"/> Divisão de Serviços de Reabilitação (DORS) <input type="radio"/> Outra Agência _____ <input type="radio"/> Professor de Sala de Aula de Educação Especial <input type="radio"/> Outro Provedor de Serviços _____	<input type="radio"/> Fonoaudiólogo <input type="radio"/> Psicólogo <input type="radio"/> Equipe IEP <input type="radio"/> Intérprete <input type="radio"/> Assistente Instrucional <input type="radio"/> Fisioterapeuta <input type="radio"/> Professor Particular <input type="radio"/> Orientador de escola <input type="radio"/> Assistente Social da Escola <input type="radio"/> Terapeuta Recreativo <input type="radio"/> Assistente de Terapia Ocupacional <input type="radio"/> Assistente de Fisioterapeuta <input type="radio"/> Assistente de Fala/Linguagem <input type="radio"/> Assistente Terapêutico Comportamental	Tempo de serviço total <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensal <input type="radio"/> Anual _____ Hrs. _____ Min.	

Discussão da entrega do(s) serviço(s), incluindo a descrição dos serviços de transporte, se fornecidos:

Planejamento do IEP para Condições de Emergência: Este serviço/ serviço ESY pode ser implementado conforme escrito durante condições de emergência que resultem no fechamento físico da escola por 10 ou mais dias?

SIM Se não, descreva as mudanças necessárias para este serviço / serviço ESY: _____

Nome: _____

Agência: _____

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

**AMBIENTE RESTRITIVO MÍNIMO (LRE) RESUMO DE TOMADA DE DECISÃO & POSICIONAMENTO
UM ALUNO COM DEFICIÊNCIA NÃO É RETIRADO DA EDUCAÇÃO GERAL EM UM AMBIENTE INSTRUCIONAL APROPRIADO PARA A IDADE APENAS
POR CAUSA DAS MODIFICAÇÕES NECESSÁRIAS AO CURRÍCULO GERAL.**

Todo órgão público deve garantir que:

- (i) Na medida do possível, as crianças com deficiências, inclusive as crianças em instituições públicas ou privadas ou outras instituições de ensino, serão educadas juntamente com crianças sem deficiências; e
- (ii) Classes especiais, escolarização separada ou outro tipo de remoção de crianças com deficiência do ambiente educacional regular ocorrerá somente se a natureza ou gravidade da deficiência for tal que a educação em turmas regulares, com o uso de auxílios e serviços complementares, não possa ser realizada satisfatoriamente.

34 CFR § 300.114

Liste TODAS as opções de acomodação consideradas pela equipe do IEP. _____

Indique a opção de acomodação selecionada. _____

Indique o ambiente menos restritivo selecionado. _____

Colocação educacional especial (idade pré-escolar 3-5):

- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE CENÁRIO
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR PELO MENOS 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM ALGUM OUTRO LOCAL
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS NESSE CENÁRIO
- FREQUENTANDO UM PROGRAMA REGULAR DE PRIMEIRA INFÂNCIA POR MENOS DE 10 HORAS POR SEMANA E RECEBENDO A MAIOR PARTE DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E DOS SERVIÇOS RELACIONADOS EM ALGUM OUTRO LOCAL
- LOCAL DO PROVEDOR DE SERVIÇO
- CLASSE SEPARADA
- EXTERNATO PARTICULAR SEPARADO
- INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR
- RESIDÊNCIA
- EXTERNATO PÚBLICO SEPARADO
- INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA

Colocação educacional especial (idade escolar K-21):

{Tempo total em Escola semanal: _____ hrs. _____ Minutos/semana} - {Tempo total fora da Educação Geral: _____ hrs. _____ Minutos/semana} = {Tempo total na Educação Geral: _____ hrs. _____ Minutos/semana}

- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (80% ou mais)
- EXTERNATO PÚBLICO SEPARADO
- INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PARTICULAR
- COLOCADO PELOS PAIS EM ESCOLA PARTICULAR
- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (40% - 79%)
- EXTERNATO PARTICULAR SEPARADO
- ENSINHO EM CASA/HOSPITAL
- EDUCAÇÃO GERAL INTERNA (menores de 40%)
- INSTALAÇÃO RESIDENCIAL PÚBLICA
- PENITENCIÁRIAS

Média de _____ %/dia

Registre a base para a determinação do LRE e, se removido do programa regular para a primeira infância/ambiente de educação geral, explique os motivos pelos quais os serviços não podem ser prestados nesse ambiente com o uso de auxílios e serviços complementares. _____

Indique os horários/atividades específicas em que o aluno não participará com seus colegas sem deficiências em atividades acadêmicas, não-acadêmicas e extracurriculares, ou selecione "NA" se a inclusão ocorrer durante 100% do dia.

NA (incluído 100% do dia) _____

Na seleção de LRE, existem quaisquer efeitos potencialmente prejudiciais ao aluno ou qualidade de serviços específica que ele ou ela necessita? SIM NÃO

Em caso afirmativo, explique: _____

Os serviços existem na ESCOLA DO ALUNO (A ESCOLA QUE O ALUNO FREQUENTARIA SE NÃO TIVESSE DEFICIÊNCIA)? SIM NÃO

Consideração das necessidades de transporte:

O órgão público deve garantir que a decisão de acomodação educacional de um aluno com deficiência seja a mais próxima possível da casa do aluno. COMAR 13a.05.01.10C(1)(a)(v)

O aluno necessita de transporte especial? SIM NÃO Em caso afirmativo, explique e considere o tempo e a distância envolvidos no deslocamento: _____

É necessário um equipamento especializado para auxiliar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Caso afirmativo, explique: _____

Há necessidade de um funcionário para acomodar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Em caso afirmativo, explique: _____

São necessárias outras formas de apoio para auxiliar o aluno durante o transporte? SIM NÃO Caso afirmativo, explique: _____

Cidade de Residência SSIS _____

Escola de Residência SSIS _____

Cidade de Serviço SSIS _____

Escola de Serviço SSIS _____

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AMBIENTE RESTRITIVO MÍNIMO (LRE) RESUMO DE TOMADA DE DECISÃO & POSICIONAMENTO**UM ALUNO COM DEFICIÊNCIA NÃO É RETIRADO DA EDUCAÇÃO GERAL EM UM AMBIENTE INSTRUCIONAL APROPRIADO PARA A IDADE APENAS POR CAUSA DAS MODIFICAÇÕES NECESSÁRIAS AO CURRÍCULO GERAL.**

Todo órgão público deve garantir que:

- (i) Na medida do possível, as crianças com deficiências, inclusive as crianças em instituições públicas ou privadas ou outras instituições de ensino, serão educadas juntamente com crianças sem deficiências; e
- (ii) Classes especiais, escolarização separada ou outro tipo de remoção de crianças com deficiência do ambiente educacional regular ocorrerá somente se a natureza ou gravidade da deficiência for tal que a educação em turmas regulares, com o uso de auxílios e serviços complementares, não possa ser realizada satisfatoriamente.

34 CFR § 300.114

CÓDIGOS DE ELEGIBILIDADE DE CONTAGEM DE CRIANÇAS

- (1) Estudante elegível com uma deficiência atendido em uma escola pública ou posicionado em uma escola não pública pela agência pública para receber FAPE.
- (2) Estudante elegível posicionado pelos pais em uma escola particular com uma deficiência recebendo educação especial e/ou serviço relacionado através de um plano de serviço da agência pública.
- (3) Estudante elegível posicionado pelos pais em uma escola particular com uma deficiência NÃO recebendo educação especial da agência pública.
- (4) Estudante elegível de escola pública com uma deficiência não recebendo serviços devido à recusa dos pais aos serviços iniciais.
- (6) Aluno qualificado com deficiência antes dos 3 anos de idade. Consentimento dos Pais-Continuar Serviços de Intervenção Precoce por um IFSP.

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

AUTORIZAÇÕES

CONSENTIMENTO PARA INÍCIO DOS SERVIÇOS (apenas IEP inicial)

Recebi uma cópia do relatório de Avaliação me informando por escrito sobre as razões desta ação.

A educação especial e serviços relacionados serão providos conforme descrito em IEP. Entendo que o IEP será revisado periodicamente, porém não menos do que anualmente.

Entendo que os registros não serão liberados sem minha assinatura e consentimento por escrito exceto de acordo com as cláusulas do Ato de Direitos e Privacidade de Educação Familiar (FERPA). Esta lei permite a liberação de registros educacionais a uma escola pública ou agência educacional.

Entendo que meu consentimento é voluntário e que posso revogar o consentimento a qualquer momento. Se eu revogar o consentimento este não é retroativo. Se eu revogar o consentimento, para que meus filhos recebam serviços de educação especial depois que meu filho já foi provido inicialmente de educação especial e serviços relacionados, a agência pública não é obrigada a emendar os registros educacionais do meu filho para remover quaisquer referências do recebimento de meu filho de educação especial e serviços relacionados devido a minha revogação e consentimento.

Entendo que a agência pública submeterá informações que serão utilizadas para o sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme apropriado, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos de meu filho a qualquer avaliação necessária.

Fui informado sobre a(s) determinação(ões) da equipe IEP em meu idioma nativo ou outro modo de comunicação.

Fui informado sobre meus direitos, conforme explicado Não documento de *Direitos dos Pais - Proteções Processuais*, que recebi.

Consinto a iniciação de educação especial e serviços relacionados a meu filho, conforme especificado pelo IEP de meu filho.

Assinatura dos Pais:

Data:

Nome:

Agência:

Data de Reunião com a Equipe IEP: / /

ASSISTÊNCIA MÉDICA (AM)

Deve-se obter o consentimento dos pais antes que a agência provedora divulgue, para fins de cobrança, as informações pessoais identificáveis de seu filho para o Departamento de Saúde de Maryland (MDH), o órgão estadual responsável pela Administração do Programa de Assistência Médica de acordo com a Lei de Privacidade e Direitos Educacionais (FERPA) e a Lei de Educação de Indivíduos com Necessidades Especiais (IDEA). Ao fornecer seu consentimento, você entende e concorda por escrito que o órgão público poderá acessar o Medicaid de seu filho(a) para pagar pelos serviços prestados.

Para fornecer uma educação pública adequada e gratuita (FAPE) para seu filho, o órgão provedor não pode:

- Exigir que você se inscreva ou se matricule na Assistência Médica do Estado para que seu filho receba a FAPE de acordo com a IDEA,
- Exigir que você arque com pequenas despesas como o pagamento de valores dedutíveis ou de copagamento incorridos na apresentação de uma reivindicação de serviços,
- Usar os benefícios de seu filho de acordo com a Assistência Médica se esse uso:
 - o Diminuir a cobertura vitalícia disponível ou qualquer outro benefício segurado;
 - o Resultar Não pagamento por sua família dos serviços que seriam, de outra forma, cobertos pela Assistência Médica e que são exigidos para seu filho fora do tempo que ele está na escola;
 - o Aumentar os prêmios ou levar à descontinuação dos benefícios ou do seguro; ou
 - o Arriscar a perda da elegibilidade para isenções baseadas na comunidade e Não Iar, conforme os gastos agregados relativos à saúde.

Você tem o direito de retirar seu consentimento para a divulgação de informações pessoais identificáveis para o Programa de Assistência Médica do Estado a qualquer momento.

Se você retirar o seu consentimento para o órgão provedor revelar as informações pessoais identificáveis de seu filho, isso não isenta o órgão provedor de suas responsabilidades em garantir que todos os serviços necessários sejam fornecidos a seu filho sem custo para você.

O estudante é elegível para MA? Sim Não Número MA _____

Concordo com a Coordenação de Serviços para Crianças com deficiências e que o(s) Coordenador(es) de Serviço identificado neste IEP pode(m) ser apontado(s) como Coordenador(es) de Serviço MA. (COMAR 10.09.52)

Entendo que sou livre para escolher um Coordenador de Serviço MA para meu filho. Neste momento, aceito o seguinte como Coordenador(es) de Serviço.)

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Nome do Coordenador de Serviço MA: _____

Entendo que se desejar trocar o Coordenador de Serviço MA no futuro, posso pedir para a escola realizar uma alteração.

Entendo que o propósito deste serviço é auxiliar Não ganho de acesso aos serviços médicos, sociais, educacionais e outros necessários.

Dou meu consentimento para o órgão provedor divulgar as informações pessoais identificáveis de meu filho para o Programa de Assistência Médica do Estado acessar os benefícios de assistência médica.

Dou minha permissão à agência provedora para recuperar custos de Cuidados Médicos da coordenação do serviço, assim como serviços relacionados a saúde, relacionados à implementação das metas IEP de meu filho.

Entendo que se me recusar a permitir acesso da agência provedora a fundos MA, isto não eximirá a responsabilidade da agência provedora em garantir que todos os serviços requeridos sejam providos a meu filho sem custos aos pais.

Entendo que este serviço não restringe ou de outra forma afeta a elegibilidade de meu filho para outros benefícios MA. Também entendo que meu filho pode não receber um tipo similar de serviço de gerenciamento de caso sob MA se ele/ela se qualificar para mais de um tipo.

Entendo que a agência pública submeterá informações que serão utilizadas para o sistema de informações de serviços especiais. O sistema será utilizado por MSDE e outras Agências Estaduais, conforme apropriado, para permitir o financiamento de programas e assegurar os direitos de meu filho a qualquer avaliação necessária.

Assinatura dos Pais:

Data:
